Ospedale Civile di Brescia
Reparto Chirurgico diretto dal Primario Dott. G. Filippini.

3

Di una rarissima forma di stenosi pilorica

Dott. Cesare Frugoni

(Estratto dalla *Clinica Moderna*, Anno XI, n. 10).

FIRENZE
TIPOGRAFIA LUIGI NICCOLAI
1906

Ospedale Civile di Brescia

Reparto Chirurgico diretto dal Primario Dott. G. Filippini.

Di una rarissima forma di stenosi pilorica

Dott. Cesare Frugoni

La stenosi pilorica di natura tubercolare è certamente una rarità clinica ed anatomo-patologica: ne fan fede lo scarsissimo numero di osservazioni pubblicate e il poco conto nel quale questa eventuale causa di pilorostenosi è tenuta dai trattatisti che, o non la menzionano, o — pur citandola — non la fanno oggetto di speciale attenzione. Per non fare un inutile e facile spoglio dei numerosi manuali e monografie e limitandomi solo a que' testi che fra noi in Italia più comunemente corrono per le mani di medici e studenti, ricorderò che nel Trat. di Med. del Cantani e Maragliano (T. V, p. I, pag. 481) il Ferranini, riferendosi alle cause intrinseche di stenosi, dice semplicemente: « tali sono la presenza di tumori rappresentati in quella sede con maggior frequenza dal carcinoma, raramente da fibromiomi polipoidi o da un ammasso di tubercoli »; che nel Trattato di Charcot-Bouchard-Brissaud, Mathieu cita

semplicemente — enumerando le cause intrinseche di stenosi, — « delle ulcerazioni più rare come le ulcerazioni tubercolari; » che nel Trat. di Clinica Contemporanea di Leiden-Klemperer, Riegel dice: « si sono osservati anche casi del tutto singolari di stenosi pilorica di origine tubercolare »; che Tillmanss nel suo Trat. di Chir., dice: « molto rara è la tubercolosi dello stomaco; essa può occasionalmente produrre delle ulceri le quali si sviluppano dai follicoli linfatici dello stomaco come nell' intestino » ma non accenna però a lesioni piloriche con stenosi; che non ne fanno poi menzione alcuna ne' loro manuali lo Strümpell, l'Eichhorst, il Boas, il Bergmann-Bruns-Mikulicz, il Taylor e molti altri ancora.

Nè tale oblio è ingiustificato dinanzi al numero molto esiguo di casi conosciuti, diciassette in tutta la letteratura, dei quali 16 accuratamente raccolti ed illustrati in una recentissima monografia dai dottori Ricard e Chevrier (De la tuberculose et des stenoses tuberculeuses du pylore. Rèvue de Chirurgie, n. 5, 6, 7, mai, juin, juillet 1905), e uno appartenente all' Jacobi (citato da Riegel) sfuggito alle ricerche dei detti autori; relativamente più frequente è invece la tubercolosi gastrica della quale sono sino ad oggi pubblicate 107 osservazioni. Nè oscure sono le ragioni di sì rara eventualità di localizzazione gastrica in genere, qualora si pensi: 1° che la mucosa dello stomaco è poverissima di follicoli linfatici, il che è di notevole importanza, dato che gli autori, si può dire, unanimemente, concordano col Baumgarten nel ritenere che la storia istologica della tubercolosi (sperimentale almeno) da alimentazione, incomincia

costantemente dai follicoli, mai dalla mucosa, nè in altro luogo; 2° che al disopra del follicolo (il quale anzi, non di rado si trova innidato nello spessore della sottomucosa) si trova sempre uno strato di mucosa che gli costituisce una barriera di rivestimento, maggiore assai che non nell' intestino (Barbacci); 3° che le ingesta si soffermano nello stomaco un tempo relativamente breve e che per di più si trovano a contatto del succo gastrico, il quale, per quanto non dotato di quelle eccessive proprietà difensive che gli venivano un giorno attribuite e che sono state in parte sfrondate nei — rapporti col bacillo di Kock — dalle ricerche di Falk, Frank, Sormani, Strauss, Würtz, pure non costituisce certo un ambiente favorevole all' attecchimento del microorganismo in parola. Il succo gastrico infatti avrebbe un' azione incompleta e lenta e l'attenuazione del B. K. incomincerebbe solo dopo 6 ore di contatto. Barbacci infine crede anche d' invocare come condizione sfavorevole al B. di K. la mobilità grande dello stomaco, e ciò in base all'osservazione che di norma le lesioni tubercolari intestinali sono più gravi nelle parti fisse dell' intestino.

Avendo pertanto avuta l'opportunità di studiare un caso assai istruttivo e in cui la natura tubercolare della lesione venne stabilita in base all'esame microscopico (istologico e batterico) di un pezzo di tessuto stenosante asportato nel corso dell'operazione a scopo appunto diagnostico, credo opportuno — tanto più data la notevole rarità della speciale forma morbosa — di renderlo noto; onde passo senz' altro alle storia clinica del caso porgendo sin da ora i miei

più vivi ringraziamenti al chirurgo primario dottor Giulio Filippini per avermene permessa la pubblicazione.

C. M. da Brescia, di anni 20, stiratrice entra in sala 29 il 1° ottobre 1905 proveuendo da un turno medico; ha il padre viveute e sano; la madre morì di tubercolosi polmonare cinque anni fa; di otto tra fratelli o sorelle, sei furono spenti da malattie non precisate in tenera età, duo sorelle sono viventi e sane. Nata da parto naturale, allattata al seno materno, crebbe e si sviluppò presto e bene. Soffrì di bronchite a 11 anni; nel 1900 le si manifestò ascesso freddo alla regione del cubito destro per cui fu praticato il raschiamonto dell'osso. Nel decombre 1903 ebbe lieve accenno di mestruazione, che più non si ripetè, essondo tutt'ora (a veuti anni) ameuorroica.

Non facile a raffreddare nè a tosse, stette beno fino al luglio 1904.

Anam. pross. A quest'epoca la paziente che in precedenza mai avea sofferto turbe gastriche, prese ad avvertire peso e gonfiozza opigastrica; tale sensazione molesta, nei primi teupi iusorgeva solo dopo il pasto, ma ben presto si protrasse si da occuparne totalmente gli intervalli, facendosi continua; contemporaneamente: eruttazioni acide frequenti e scarso rigurgito notturno. Ben presto s'aggiunse senso di cocione opigastrico che suole iniziarsi qualche ora dopo i pasti o che tormenta l'ammalata dall'agosto 1904. Nel settembro 1904 si verificò per la prima volta vomito abbondante, fluido, costituito in gran parte da liquido con posatura polverulenta, emesso due ore e mezzo dopo l'assunzione di cibo, non precoduto da conati nè da dolori. Dapprima raro ed intermittente (ogni 3 5 giorni) si fece a poco a poco più frequente sì che dal febbraio 1905 è quotidiano, sempre con gli stessi caratteri, spesso contenendo cibi de' giorni precedenti, o per lo più notturno; la emissione è abbondantissima, non di rado in una volta sola, come un vero profluvio ed è seguita poi da senso di benessere e da scomparsa del cocione già detto; mai vomito biliare, nè sanguigno, nè a tipo di posatura di caffè.

Intanto: notevole deperimento nutritizio, prostrazione dolle forze, impallidimento della cute e delle mucose; nessun fatto a carico dell'apparecchio respiratorio, mai febbre.

Esame obbiettivo. Es. gen. Ragazza di statura media, scheletro regolare, complessione gracile, masso muscolari ridotte e flaccide, pannicolo adiposo quasi scomparso. Polso 76 regolare, debole facilmente compressibile. Respiro 20. Cute pallida, mucose anemiche.

Capo. Nulla di speciale.

Collo. Tiroide lievemente ingrossata specie nel lobo sinistro. Piccoli gangli catenati a sinistra. Soffio ai vasi del collo; bruit de diable.

Torace. App. respiratorio. Nulla di subbiettivo; l'ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione sistematicamente praticate danno reperto normale, solo notandosi fatti di lieve raggrinzamento doll'apice destro.

App. circolatorio. Nulla degno di nota.

Non gangli ascellari nè alle fosse claveari.

Addome. Sensazioni subiettive come dall'anamnesi. Lo addome è avvallato, depresso a barca. L'ispezione praticata 2-3 ore dopo assunzione di cibo, rileva nella zona periombelicale assai manifesto il fenomeno delle ondulazioni peristaltiche di Kusmaul.

Attraverso la sottile parete delineasi la gran curva a due dita e mezzo sotto il bellico; a tratti nella regione epigastrica formasi una saglienza, un sollevamonto mobile, spostantesi a guisa di propagazione, di onda contrattile dall'alto e da sinistra, in basso e verso la linea mediana per poi risalire verso destra; talora si notano onde antiperistaltiche, e tali fatti son più manifesti dopo stimolazioni meccaniche; non si vede disegnarsi la piccola curva. La palpazione provoca facile guazzamento gastrico e praticata a stomaco vuoto non percepisce all'epigastrio durezza alcuna; ma se lo stomaco è alquanto carico di cibi, sotto l'arcata costale di destra, al di dentro del prolungamento della parastornale omonima, si palpa una durezza nodulare, mobile, liscia, di forma ovale o fusata lievemente dolente alla pressione, di consistenza fibrosa, e che meglio si avverte facendo assumere alla C. M. il decubito lateral sini-

stro. Quando lo stomaco è assai ripieno di cibi, il nodulo in parola si sposta ancora un po' più in basso e all' interno. Nulla alla palpazione nel resto dell'ambito addominale; non gangli ingrossati agli inguini. La percussione, diretta ed ascoltata dimostra che lo stomaco è dilatato e in parte ptosico; i limiti dell'aia gastrica sono: in alto, alla mammillare sinistra, VII costa; a destra alla parasternale; a sinistra all'ascellare mediana: in basso (a stomaco non vuoto a due dita e mezzo sotto la cicatrice ombelicale.

All'ascoltazione si han numerosi rumori di gorgoglio.

Milza, fegato nei limiti normali; nell'altro degno di rilievo.

Alvo normale; mai si notarono periodi di diarrea.

Arti. Alla regione del gomito di destra, ampia cicatrice chirurgica di antica data, ove venne praticato il raschiamento dell'osso per ascesso freddo; il ganglio epitrocleare è grosso come un pisello o poco più, e lievemente dolente: l'ammalata lo avrebbe avvertito solo in questi ultimi tempi.

Esame delle orine. Nulla degno di nota.

Esame del vomito. Il vomito, per solito emesso la sera o la notte, è sempre assai abbondante, superiore al litro, di odore butirroso sgradevole e lasciato in riposo si divide in tre strati, uno superiore schiumoso grigio scuro, uno inferiore polverulento costituito da materiale alimentare ben digerito, e uno intermedio che ne costituisce la maggior parte, liquido, di color giallastro con natanti piccoli fiocchi di muco, mai tinto di sangue.

Il primo esame chimico dà: Acido cloridrico libero reazione evidente (Boas, Günzburg).

Acido lattico = traccie (Uffelmann).

Sangue = assente

Acidità totale = 75 cc. di soluzione $\frac{N}{10}$ di Na OH

Acidità espressa in HCl = 2,73 ‰.

In esami successivi si ebbe sempre pressochè lo stesso reperto: talora acido lattico assente; l'acidità totale fu sempre forte fino ad un maximum di c.c. 83 di soluzione $\frac{N}{10}$ di Na OH pari, espressi in HCl, a 3,12 ‰; in due esa-

mi, pur con acidità notevole, dovuta agli abbondanti acidi organici, si ebbe negativa la reazione dell'HCl libero.

L'esame microscopico (eseguito una volta sola) dà residui ben digeriti e non globuli rossi.

Prova del salolo. Dà notevole ritardo nella comparsa dell'acido salicilurico, del quale si ottiene la reazione ancora dopo 32 ore.

Decorso. Dall'8-17 ottobre si manifesta una lieve tiroidite circoscritta che, con cura adeguata, rapidamente dilegua. Il 28 ottobre dopo la preparazione com'è in uso nella sala (bagni, disinfezioni, clisteri, ripetute lavande gastriche ecc.), previa eterizzazione (che è attualmente largamente sperimentata nel reparto), viene eseguita la gastro-enterostomia retrocolica posteriore dal Chirurgo Primario dott. G. Filippini, assistito dai dott. Pea, Lombardi, e da me. Aperto l'addome si palpa lo stomaco: non aderenze, non gangli ingrossati per quello almeno che dice la affrettata ricerca nel corso dell'operazione; in corrispondenza del piloro il dott. Filippini dice di avvertire « un ispessimento lievemente irregolare, rilevantesi come un nodulo di consistenza fibrosa, allungato, occupante la regione pilorica, avente una lunghezza di 4 ctm. per una larghezza di 3 ctm. circa »; le pareti del duodeno non sembrano invase dal processo morboso. Il peritoneo peripilorico non mostra nè aderenze, nè opacamenti, nè nodulosità; viene tagliato e mediante doppia incisione si asporta un pezzo a tutto spessore nel tessuto patologico. Si esegue quindi la gastro-enterostomia retrocolica posteriore non ricorrendo a bottoni ma col metodo classico della triplice sutura dopo aver stabilita una breccia di 5 centim.

In prima giornata l'ammalata ha vomito ripetuto e avverte senso di fascia ventrale; l'addome è teso, il polso 120, piccolo, la temperatura rettale è 37.9; si fanno ipodermoclisi ripetute. In seconda giornata il vomito è cessato, il polso è più raro, l'addome s'appiana, la febbre decresce; intanto sempre ipodermoclisi quotidiane e si dà qualche pezzetto di ghiaccio. In terza giornata; apiressia, alvo aperto addome basso un po' dolente al quadrante inferiore sinistro, polso 76; ipodermoclisi e assunzione di pochissimo latte. L'ammalata entra rapidamente in convalescenza.

Esame del pezzo asportato. Macroscopicamente si presenta come un tessuto bianco-grigiastro di aspetto come fibroso o lardaceo; tenendolo fra le dita si avverte tosto la presenza di due nocciolini, duri, consistenti, aventi la grandezza di una lenticchia. Si fissa parte in Van Gehutchen, parte in sublimato alcoolico, parte in Zenker; si colorano le sezioni con ematossilina e orange, Van Gieson, col metodo Sauer e altri della comune pratica istologica. Se ne ha reperto caratteristico per la natura tubercolare; ognuno de' noduli sopraddetti è la risultante di un aggruppamento di tubercoli primitivi; si vedono in discreto numero cellule giganti, e la struttura è assai tipica. Tutto intorno si palesa una intensa reazione connettivale di difesa; il connettivo, assai abbondante, forma in alcuni punti un cercine compatto, e si mostra disseminato quà e là di focolai di infiltrazione parvicellulare; alcuni spazi linfatici son distesi per accumulo di leucociti e si rileva infine un cospicuo risentimento delle pareti delle arteriole, che sono assai ispessite e mostrano segni di arterite. La ricerca dei bacilli sulle sezioni, previa colorazione a freddo per 24 ore, torna, ad una lunga e paziente indagine, sicuramente positiva.

Tale la storia clinica del caso che ho esposta in dettaglio per quanto presenti alcune deficienze dovute a ciò che l'interesse della lesione fu noto solo retrospettivamente; il caso ad ogni modo è uno dei più accuratamente seguiti e studiati. Non farò una superflua e facile discussione diagnostica postuma; dirò che prima di operare ci si dovette limitare ad affer-

mare l'esistenza di una stenosi pilorica di alto grado, probabilmente intrinseca con presenza al piloro di un tumoretto mobile, senza aderenze apprezzabili. La natura tubercolare fu ventilata insieme alle altre possibilità diagnostiche, ma non poteva certo in questo caso esser stabilita all'esame clinico sulla sola guida dei dati anamnestici (madre morta di tubercolosi polmonare; ascesso freddo, cinque anni or sono al cubito).

Nè tampoco abbiamo dati sufficenti per discutere la via seguita dall' infezione; pertanto mi sembra che assai difficilmente possano invocarsi o la via sanguigna, o la sierosa (mancanza di peritonite, di peripilorite tubercolare) o la linfatica (non gangli infiltrati o caseificati, senza contare poi che la propagazione dovrebbe farsi contro corrente), onde rimane come più probabile e più semplice nel suo meccanismo di produzione, la via mucosa, non sappiamo poi se coadiuvando o meno all'attecchimento, condizioni speciali di minorata resistenza per affezioni gastriche, alterato chimismo, microtraumi o altro.

La localizzazione pilorica, qui, è primitiva o secondaria? Solo l'autopsia potrebbe rispondere; non va pertanto scordato che si tratta di un'ammalata dal gentilizio compromesso, che già ebbe un' altra manifestazione tubercolare al cubito, che presenta abbassato e retratto l'apice destro, e che la tubercolosi primitiva del piloro è una evenienza veramente eccezionale: e per vero dei casi con autopsia, i soli che possano invocarsi con serietà, uno solo non mostrò, per quanto accuratamente ricercate, altre lesioni tubercolari, il che fece concludere all'Orlandi « è possibile

che lo stomaco possa esser sede prima del processo, tubercolare » (Ricard e Chevrier citano come esistenti due casi, quello di Lava e quello di Orlandi non avvedendosi, per quanto ne riferiscano le storie, che si tratta sempre dello stesso soggetto illustrato dal primo sotto il punto di vista clinico, dal secondo sotto il punto di vista anatomopatologico).

In soli altri due casi (osservazione di Lava e IV di Ricard) si ebbe, come nel mio, alla palpazione la percezione netta di un nodulo, essendosene avuta in quello di Margarucci e nel II di Ricard, solamente una sensazione mal definita, che fece poi completamente difetto in tutti gli altri. Nel mio caso inoltre erano evidentissime le ondulazioni peristaltiche di Kussmaul mai sino ad ora osservate in questa forma morbosa, sì che Ricard e Chevrier credono di trovare nella loro mancanza un sintoma giovevole per la diagnosi di natura; la loro presenza nel caso che ho ora esposto dimostra invece la possibilità di tale evenienza, e per vero poco chiaro riuscirebbe il perchè nelle stenosi piloriche di natura tubercolare debba far difetto questo sintoma che non è se non l'espressione di fattori fisici e meccanici che si verificano qui come nelle altre forme di pilorostenosi. Nulla di positivo poi si è in grado di dire intorno allo stato del chimismo gastrico nella lesione pilorica in parola; non è dallo studio di uno o di pochi casi che si possan trarre norme generali, le quali solo possono scaturire dalla considerazione di una casistica più numerosa e più ricca nei particolari di ricerca, di quello che questa non sia. L'alvo poi si mantenne regolare sempre, sicchè qui fa difetto anche la facile diarrea su cui Ricard e Che-

vrier insistono come frequente nelle stenosi piloriche tubercolari.

Nè quì si ebbero reazione peripilorica e ingorghi ghiandolari che pure frequentemente figurano in altre osservazioni.

Quesito poco agevole a risolversi è quello che si riferisce all'esistenza o meno di ulcerazione della mucosa gastrica appartenente alla regione pilorica. A tal proposito però è d'uopo considerare che la coesistenza di ulcerazioni della mucosa nelle pirolostenosi tubercolari è pressochè la regola, che il tumoretto era sensibile alla pressione; che la C. M. inoltre accusa un senso di cociore epigastrico suscitato specie dalla presenza dei cibi e che s'attenua fino a sparire dopo la loro emissione, allorquando cioè cessa l'urto inane delle ingesta contro la barriera pilorica. Vero è che nel vomito l'esame chimico non diede la reazione del sangue e che nell'unico esame microscopico eseguito non si rinvennero emazie, ma d' altra parte se è vero che l'ulcerazione cronica tubercolare della mucosa può dare presenza di sangue ed eccezionalmente anche vere gastrorragie (contro le quali fortunatamente ci premunisce l'arterite obliterante), è innegabile però che ciò non è affatto necessario e noi abbiamo infatti osservazioni, quella di Lava per esempio nelle quali mai si rinvennero globuli rossi nel vomito eppure l'autopsia dimostrò una vasta superficie ulcerata. Se si considera quindi tutto ciò, e che v' hanno ulcerazioni decorse subdolamente con pochissimi (osserv. di Orlandi) o punti (osserv. di Margarucci) dolori, ne vien logico di pensare in via di probabilità che la mucosa quì pure sia ulcerata e

che la sua lesione contribuisca insieme all'aggruppamento di noduli e alla reazione connettivale, a determinare la stenosi.

L'esame microscopico del tessuto stenosante quale venne riferito e per il tipico dato istologico, e per lo specifico reperto batterico (la ricerca dei bacilli ne'tessuti non fu eseguita che nel caso di Mathieu e Reymond) mi dispensa dal soffermarmi a discutere se si tratta qui di una vera e propria localizzazione tubercolare o non piuttosto di una di quelle forme di stenosi pilorica in soggetti tubercolosi, sulle quali il Patella richiamò l'attenzione, invocando nella loro genesi l'azione continuata delle tossine tubercolari, analogamente a quanto viene ammesso per certe forme di stenosi della mitrale. Il processo morboso qui consiste in un vero e proprio innesto bacillare che proliferando ha invaso tutta la regione pilorica (per quella tendenza che fu osservata costantemente e può dirsi propria dei processi morbosi della regione pilorica ad estendersi circolarmente) e s'accompagna da una parte a probabile ulcerazione della mucosa, dall'altra a notevole reazione connettivale di difesa. Questa anzi richiama due altri quesiti, quello della prognosi e della cura.

Ho già detto che venne praticata la gastroenterostomia, operazione sintomatica, in vista dell'oscurità del diagnostico; e del riserbo avuto di non aggredire, per processi di pilorectomia, piloroplastica o altro, un tessuto patologico di cui era ignota la natura, la statistica ci dà largo conforto. Ricard e Chevrier nella loro monografia sull'argomento ed in base a dati statistici non esitano a dichiarare for-

malmente: « l'éxéreres est inutile; essayée elle deviendrait dangereuse », e menzionano le numerose difficoltà operatorie, le aderenze così comuni e spesso tenaci, la coesistenza di altre localizzazioni morbose, gastriche o extragastriche (gangli, infiltramenti diffusi) che non potrebbero essere, totalmente almeno, asportate, la lunghezza dell'atto operativo, la natura del tessuto patologico, la facilità di disseminazione, tanto più dato il terreno tubercoloso e tubercolizzabile ecc. Van respinti, nè v'è bisogno di altre parole per argomentarne le ragioni, i processi di digiunostomia, pilorectomia, piloroplastica, dilatazione digitale, cateterismo del piloro, raschiamento endopilorico ecc.; lo stesso processo di piloroplastica alla Durante, con il quale (ricorrendo ad una incisione a foggia di Y sdraiato) si viene per scivolamento a portare a livello del restringimento una porzione di parete gastrica completamente sana, rimarrebbe senza effetto poichè il tessuto sano sarebbe ben presto invaso dal processo morboso e questo, progredendo nel suo cammino fatale, renderebbe in breve vano il sollievo temporaneo dell'atto operativo. Non resta quindi che la gastro-enterostomia, quale appunto venne qui eseguita e che corrisponde ad un tempo all'indicazioni sintomatiche e prognostiche.

Per quanto purtroppo in 17 casi, uno solo (quello di Labadie-Lagrave) si conosca con esito in guarigione, e vi sia di conseguenza assai poco a sperare, pure la gastro-enterostomia realizza le condizioni migliori. In seguito ad essa la paziente può nutrirsi abbondantemente e accumulare nel suo organismo energie di difesa che si oppongano all'ulteriore inva-

sione del male, ed è su tali potenze difensive appunto — da noi realizzate con iperalimentazione, regime speciale di vita ecc. — che siano ridotti a contare sopra ogni cosa; così mentre da una parte le condizioni generali risorgono, dall'altra favorevole stato di cose è creato alla parte ammalata la quale sta ora in riposo, e non è più soggetta ai continui traumi e irritazioni che doveva prima subire ad opera delle ingesta risospinte e sollecitate dalle contrazioni della muscolatura gastrica contro l'ostacolo pilorico opponentesi alla loro libera canalizzazione.

S'aggiunga infine che lesioni tubercolari in atto in altri organi per ora non sono palesi e che localmente il microscopico ha svelata una valida barriera connettivale tendente ad isolare il processo; per quanto quindi la prognosi rimanga sempre assai grave, tuttavia è lecito non fosse altro sperare che questo complesso di circostanze esplichi beneficamente il suo influsso e che la lesione per lo meno tenda a localizzarsi, a concentrarsi e permetta così, coi sussidi dell'arte, il prolungarsi della vita.

La bibliografia si trova completa nella già citata monografia di Ricard e Chevrier, solo dovendo esser aggiunta l'osservazione di Jacobi sfuggita ai detti autori.

A bozze già composte, vengo a conoscenza di un altro caso; devesi al prof. Alessandri (Boll. R. Acc. Med. di Roma, pag. 267, 1904-905) ed è interessante perchè come in quello da me già descritto la tume-

fazione pilorica era libera da aderenze, mobilissima e perchè, contrariamente ai precetti di Ricard e Chevrier, fu eseguita e con successo la resezione.

Brescia, 6 novembre 1905.